

Scheda A



Scheda per la notifica interna su casi di nuova influenza da virus A/H1N1

Unità Operativa _____ Ospedale _____

Informazioni sul paziente

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso (M/F): _____

Data Nascita: ___ / ___ / ___ Data Inizio Sintomi: ___ / ___ / ___

Contatti con casi di influenza negli ultimi 7 giorni: Sì / No / Non noto

Situazione in cui si è verificato il contatto: Abitazione / Struttura sanitaria / Viaggio spec. _____

Collettività (specificare tipo _____) Non noto

Sintomi all'inizio della malattia:

Febbre $\geq 38^\circ$	<input type="checkbox"/>	Starnuti	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite	<input type="checkbox"/>	Mal di testa	<input type="checkbox"/>
Mal di gola	<input type="checkbox"/>	Tosse secca	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Astenia	<input type="checkbox"/>
Raffreddore	<input type="checkbox"/>	Tosse produttiva (con catarro)	<input type="checkbox"/>	Nausea	<input type="checkbox"/>	Dolori muscolari	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	Vomito	<input type="checkbox"/>	Dolori articolari	<input type="checkbox"/>

Altro (specificare.....)

Ricovero: Sì data: ___ / ___ / ___ Ospedale, Reparto, tel.: _____ No

Isolamento domiciliare: Sì / No

Se prelevato campione, per indagini di laboratorio, specificare:

Tamponi nasali/nasofaringei / Sangue per emocoltura /sierologia / Sputo-escreato / Lavaggio broncoalveolare

Timbro e firma del medico
